

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
BLOQUEO DE PLEXO CELIACO BAJO ECOGRAFÍA Y TAC**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

El Bloqueo de Plexo Celiaco Bajo Ecografía y Tac, es un procedimiento que se realiza con la finalidad disminuir el dolor crónico secundario a neoplasia abdominal o a pancreatitis crónica. Aproximadamente un 80% de los pacientes logran disminuir en forma significativa la necesidad de opiáceos (morfina y derivados) y en general analgésicos por el plazo de tiempo que dura su enfermedad.

Consiste en la inyección de alcohol directamente en un acumulo de nervios ubicados en el abdomen superior por delante de la aorta (plexo celiaco).

El procedimiento se realiza en una sala de Tomografía computada (Scanner) especialmente habilitada, y bajo supervisión anestésica.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

En la sala de Scanner será colocado(a) boca arriba o boca abajo y se le administrará sedación. El médico radiólogo intervencionista, utilizando como guía las imágenes de scanner y/o ecotomografía, introducirá 1 o 2 agujas finas por su espalda o por el abdomen anterior en el epigastrio hasta llegar a la zona del plexo celiaco, inyectando 20 a 40 ml de alcohol.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos encontrados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, de la Bloqueo De Plexo Celiaco Bajo Ecografía y Tac es un procedimiento invasivo, y **como todo estudio invasivo no está exento de riesgos o complicaciones**. Pueden presentarse **efectos indeseables**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones

propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, pueden suceder los siguientes efectos colaterales:

-En las primeras 24-72 horas es frecuente la presencia de dolor, como quemazón, principalmente en la espalda y el hombro, lo que desaparece con el paso de los días.

-Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan mareos y desvanecimiento al intentar colocarse de pie durante las primeras horas post-punción (hipotensión ortostática), por lo que se le pedirá explícitamente que mantenga reposo en cama sin levantarse durante las primeras 12-24 horas para evitar estas sensaciones.

-Un tercio de los pacientes puede también sufrir diarrea, la que es auto limitada al igual que el resto de los efectos del bloqueo ya comentados.

-A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo la más importante la hemorragia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Bloqueo de Plexo Celiaco Bajo Ecografía y TAC**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE BLOQUEO DE PLEXO CELIACO BAJO ECOGRAFÍA Y TAC, por el Dr. (a) _____.

DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza Procedimiento)